

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 7-8 (304-305) Июль-Август 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 7-8 (304-305) 2020

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებშიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Димитрий Кордзаиа, Теймураз Лежава,
Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе, Караман Пагава,
Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа,
Рамаз Шенгелия, Кетеван Эбралидзе

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, IV этаж, комната 408
тел.: 995(32) 254 24 91, 5(55) 75 65 99

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@geomednews.com; nikopir@geomednews.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),

Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),

Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,

Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze,

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava,

Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner,

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze,

Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti,

Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board

7 Asatiani Street, 4th Floor

Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91

995 (32) 253-70-58

Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

3 PINE DRIVE SOUTH

ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

WEBSITE

www.geomednews.org

Phone: +1 (917) 327-7732

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of 3 centimeters width, and 1.5 spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაეიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემაში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Kosenkov A., Stoliarchuk E., Belykh E., Sokolov R., Mayorova E., Vinokurov I. RESULTS OF RESECTION METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH GIANT PYLORODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY PERFORATION AND BLEEDING	7
Клименко М.В. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TGF- β 1 В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	13
Грабский А.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ АРМЕНИИ	19
Sklyarova V., Kyshakevych I., Volosovsky P., Sklyarov P., Kupchak I.M. EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH DISORDERS OF REPRODUCTIVE HEALTH.....	27
Центило В.Г., Удод А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ СУПРАГИОИДНОЙ И СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИССЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	32
Virstiuk N., Matkovska N. PARAMETERS OF FIBRINOLYTIC AND ANTIFIBRINOLYTIC ACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS ASSOCIATED WITH ADIPOSITY	37
Kravchun P., Kadykova O., Narizhnaya A., Tabachenko O., Shaparenko O. ASSOCIATION OF CIRCULATING ADIPONECTIN, RESISTIN, IRISIN, NESFATIN-1, APELIN-12 AND OBESTATIN LEVELS WITH HYPERTENSION AND OBESITY	43
Тарасенко О.М., Кондратюк В.Е., Таранчук В.В., Кармазина Е.М., Кармазин Я.М. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ДОБАВЛЕНИЕМ СИНБИОТИКА НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ.....	48
Sokolenko M., Sokolenko L., Honchar H., Sokolenko A., Andrushchak M. THE ADVANCEMENTS IN TREATMENT OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH HERPETIC INFECTION	56
Gulatava N., Tabagari S., Tabagari N. ASPECTS OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE	62
Авагимян А.А., Манукян И.А., Навасардян Г.А., Челидзе К.Л., Рисованный С.И. АТЕРОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ДИСБИОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОР)	69
Абрамов С.В., Кириченко А.Г., Корнацкий В.М., Огоренко В.В., Томах Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ.....	74
Курмышев М.В., Стасевич Н.Ю., Златкина Н.Е., Романов А.С., Каргон Е.А., Зарецкая Э.Г. ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОЗДАНИЯ «КЛИНИК ПАМЯТИ» В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.....	80
Труба Я.П., Радченко М.П., Головенко А.С., Беридзе М.М., Лазоришинец В.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ДУГИ АОРТЫ.....	85
Herasymenko O., Klimanskyi R., Zharikov S., Herasymenko V. CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE LYMPHADENITIS IN CHILDREN	91
Panko N., Tsiura O., Shevchenko N., Zimnytska T. LIVER LESION IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS WITH DIFFERENT DURATION OF METHOTREXATE TREATMENT	95

Усенова О.П., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф., Шнайдер К.В., Влащенко К.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИММУННОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ STAT3 GOF, АУТОИММУННОГО ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА	100
Khoroshukha M., Ivashchenko S., Bosenko A., Biletska V., Kovalenchenko V. GENDER-ASSOCIATED EFFECTS OF SEROLOGICAL MARKERS OF BLOOD GROUPS ON THE DEVELOPMENT OF ATTENTION FUNCTION OF YOUNG ADOLESCENT ATHLETES	103
Макалкина Л.Г., Ихамбаева А.Н., Ахмадьяр Н.С., Калиева Ш.С., Кузиков А.М. АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРАХ ЗА 2015-2017 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	111
Безарашвили С.И. ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ТБИЛИСИ.....	117
Yaremenko L., Grabovoi A., Cherkasov V., Lakhtadyr T., Shepelev E. REACTIONS OF ASTROCYTES AND MICROGLIA OF THE SENSORIMOTOR CORTEX AT LIGATION OF THE CAROTID ARTERY, SENSITIZATION OF THE BRAIN ANTIGEN AND THEIR COMBINATION.....	122
Pugovkin A., Erkudov V., Sergeev I., Khananashvili Y. THE PHYSIOLOGICAL BASIS FOR ASSESSMENT OF HAEMODYNAMIC PARAMETERS BY MEANS OF ARTERIAL PRESSURE PULSE WAVEFORM ANALYSIS IN PERIPHERAL ARTERIES	127
Seliukova N., Boyko M., Kustova S., Misiura K., Kamyshan A. PUBERTY GENESIS OF FEMALES-OFFSPRING RATS BORN TO MOTHERS WITH FETOPLENTAL INSUFFICIENCY	135
Васецкая О.П., Зубко Е.С., Проданчук Н.Г., Кравчук А.П., Жминько П.Г. ВЛИЯНИЕ N-ОКСИД-2,6-ДИМЕТИЛПИРИДИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В КЛЕТКАХ КОСТНОГО МОЗГА МЫШЕЙ.....	141
Чануквадзе И.М., Кикалишвили Л.А., Джандиери К.Д., Отарашвили Р.Т., Джандиери Л.А. АДАПТАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОРТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОМ ХОЛЕСТАЗЕ (ОБЗОР).....	148
Kodanovi L., Jokhadze M., Metreveli M., Berashvili D., Bakuridze A. INTRODUCTION OF AROMATIC PLANTS IN THE BATUMI BOTANICAL GARDEN AND THEIR RESEARCH FOR THE CONTENT OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS	153
Chomakhashvili N., Chomakhashvili Z., Zosidze N., Franchuki K. ERGONOMIC PRINCIPLES IN MEDICINE AND DENTISTRY (REVIEW).....	158
Бараташвили З.З., Казахашвили Н.А., Герзмава О.Х. ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ГРУЗИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19 (ОБЗОР).....	163
Слипченко С.А., Шишка А.Р., Булеца С.Б., Шишка Н.В., Слипченко А. С. ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЧАСТНОМ ПРАВЕ	169
Deshko L., Kostenko Y., Koval I., Mikhailina T., Oliinyk O. THE RIGHT TO HEALTH: UKRAINE'S INTERNATIONAL OBLIGATIONS AND FINANCIAL ACTIVITY OF PUBLIC AUTHORITIES IN THE CONTEXT OF REFORMING THE NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM.....	177
Kuntii A., Blahuta R., Stetsyk B., Sichkovska I., Harasym P. USE OF SPECIAL MEDICAL KNOWLEDGE BY A PRACTITIONER DURING INTERACTION WITH INVESTIGATOR IN THE INVESTIGATION OF ILLEGAL MEDICAL ACTIVITY	182
Южно А.А., Емельянов В.П., Павликовский В.И., Калашник Е.Н., Сиваш Е.М. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПРАКТИКИ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА.....	189
Муляр Г.В., Солоненко О.Н., Покальчук М.Ю., Плетнёва А.Е., Домброван Н.В. ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ	195

RESULTS OF RESECTION METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH GIANT PYLORODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY PERFORATION AND BLEEDING

¹Kosenkov A., ¹Stoliarchuk E., ¹Belykh E., ¹Sokolov R., ²Mayorova E., ¹Vinokurov I.

¹Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation;

²Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

Despite significant achievements in the medical treatment of gastric and duodenal ulcer, the number of patients with complicated course of the disease in the Russian Federation does not have a stable downward trend. If in economically developed countries, the urgency of this problem has decreased, according to the Ministry of healthcare of the Russian Federation, in recent years the decline in the number of planned operations in peptic ulcer disease 2 times, the number of emergency operations increased 2-3 times [14,26]. One of the remaining problems in the surgical treatment of peptic ulcer complications is complicated giant ulcers of the stomach and duodenum. Stomach ulcers with a diameter of more than 3 cm and duodenal ulcers with a diameter of more than 2 cm are called «gigantic ulcers» [31]. According to available data, giant ulcers are found in 7.7-24.1% of patients with peptic ulcer disease [10,20,37]. The urgency of the problem of surgical treatment of this category of patients is due to a significant number of complications developing in 20-70% of them, as well as a high overall mortality rate, reaching 10-14 %, and postoperative—40% [1,4,5,16,17,25,29,30,34,38]. In most individuals with giant ulcers, bleeding or perforation is combined with scar-ulcer stenosis of the pyloroduodenal region, as well as penetration into neighboring structures and organs [20,26,29,31,36,37]. Bleeding from giant ulcers is often severe, and endoscopic examination shows signs of ongoing bleeding or unstable hemostasis [22], which is the reason for a high probability of its recurrence [9, 13, 32, 39].

During operations for complications of giant ulcers, surgeons often face the need for atypical suturing of the perforation area or the stump of the duodenum [2,3,7]. These circumstances are the cause of a considerable number of such severe, often fatal complications as failure of sutures, postoperative pancreatitis, and damage to the elements of the hepatoduodenal ligament [7,13,19,24,31]. Many authors consider gastric resection to be the most preferable surgery for complicated giant ulcers [3,4,13, 15,18,19,27,28,31,32,35]. Gastric resection, despite the difficulty of performing it in this category of patients, allows not only to eliminate the source of the complication, but also to minimize the likelihood of relapse of the disease.

The effectiveness of any operation is determined based on the study of its results at various times after completion.

Despite many years of extensive discussion in the literature of the results of surgical treatment of complications of gastric and duodenal ulcer, there are few studies that would give a comparative assessment of surgical methods of treatment at various times after surgery in patients with complicated giant pyloroduodenal ulcers [29]. The available work concerns the assessment of the immediate results of various surgical interventions performed for complications of giant ulcers [6,8,11,15,21,23,33].

Material and methods. Our study is devoted to studying the immediate and long-term results of various methods of stomach resection in individuals with complicated giant pyloroduodenal ulcers. The results of various resection methods of treatment

of 35 patients operated at the S.S. Yudin State Medical Center in Moscow from 2000 to 2019 were analyzed. Of these, 20 (57.1%) were operated on for ulcer perforation and 15 (42.6%) were operated on for ulcerative bleeding. There were 27 (77.2%) males and 8 (22.8%) females. The average age of patients was 48.3±2.3 years.

Ulcerative anamnesis occurred in 24 (68.6%) patients, its duration was, on average, 7.7±2.7 years (from 2 to 18 years). Complications of peptic ulcer disease in the anamnesis occurred in 9 (25.7%) patients: ulcer perforation in 3 and ulcerative bleeding in 6 patients. Previously, 4 (11.4%) patients were operated on: 3 of them for ulcer perforation. All were sutured with a perforated hole, and one person was operated on for ulcerative bleeding, he was stitched bleeding vessels. All 35 patients had two or more complications of peptic ulcer disease. In all cases, there was pyloroduodenal stenosis, mostly compensated or sub-compensated. In another 2 (5.7 %) individuals, along with stenosis of the exit section of the stomach, there was a perforation of the anterior wall ulcer in combination with bleeding from the posterior wall ulcer. Ulcer penetration into adjacent organs or structures was observed in 19 (54.2%) patients.

According to the prevalence of peritonitis in patients with giant ulcer perforation, local peritonitis was observed in 8 cases (40%) with giant ulcer perforation, and in 12 cases (60%) - diffuse peritonitis.

Based on the study of a set of clinical and laboratory data, such as the General condition of patients, hemodynamic parameters, and laboratory data, 12 (80%) of 15 individuals with bleeding had severe or moderate blood loss. In 2 (13.3%) patients, endoscopic examination revealed continued jet bleeding, for which they underwent emergency surgery. For urgent indications, 7 out of 15 (46.7%) patients were operated on due to signs of unstable hemostasis detected during endoscopic examination. Another 6 (40%) patients who were admitted with mild blood loss and no endoscopic signs of unstable hemostasis after stabilization of their condition were performed early planned operations.

Of the 35 patients, 29 (82.8%) had gastric resection performed in the volume of two-thirds, and 6 (17.2%) also had pylorobulbar resection. Of 29 resections in the volume of 2/3 of the stomach, 16 (55.2%) patients underwent Balfour resection with inter-intestinal anastomosis, 8 (27.5%) patients underwent Hofmeister-Finsterer resection, and 5 (17.24%) patients underwent gastric resection in the Roux modification. These gastric resections were performed without vagotomy.

Of the 6 patients who underwent pylorobulbar resection, gastroenteroanastomosis was always formed according to Billroth-I method. In all cases, the operation was supplemented with a bilateral truncal vagotomy. This type of stomach resection was performed as a forced stage of surgery for giant circular pyloroduodenal ulcers, when the surgeon clearly imagined that only suturing the stump of the duodenum was associated with significant technical difficulties, and performing pyloroplasty was impossible.

Table 1. Complications in the early postoperative period in patients after various resection methods of treatment of complicated giant pyloroduodenal ulcers

Complication	Number of patients (rate, %)
Violation of evacuation from the stump of the stomach	8 (36,4%)
Failure of wound healing	2 (5,7%)
Hospital pneumonia	2 (5,7%)
Heart attack	1 (2,6 %)
Pulmonary thromboembolism	2 (5,7%)
Diarrhea	3 (8,6%)

Table 2. Causes of lethality

Cause	Number of patients
Heart attack	1
Pulmonary thromboembolism	2
Cardiovascular failure	2

Results and discussion. We observed that complications in the early postoperative period caused in 18 (51.4 %) patients (Table 1).

The most frequent of them was a clinically significant violation of the evacuation function of the stomach stump, observed in 8 (36.4%) patients. In 4 of them, the cause of gastrostasis was anastomosis (they performed classical gastric resection), and in 4 more patients after pyloroduodenal resection with truncal vagotomy, gastrostasis was caused by parasympathetic denervation of the stump.

Post-vagotomy diarrhea was observed in 3 patients after pyloroduodenal resection: 1 patient has moderate severity, and 2 have mild diarrhea.

Failure of the sutures was observed in 2 (5.7%) patients: one after the Hofmeister-Finsterer resection on the 5th day after the operation, the failure of the anastomosis sutures was diagnosed, and the other also on the 5th day after the Ru resection, the failure of the duodenal stump sutures developed. Complications from the respiratory and cardiovascular systems occurred in 5 patients: nosocomial pneumonia in 2 (9.1%), myocardial infarction in 1 (2.3%), and thromboembolism of the main trunk of the pulmonary artery in 2 (5.7%) patients. 5 (22.7%) patients died after the operation. (Table 2).

The causes of death were myocardial infarction in 1 patient, pulmonary embolism in 2 patients operated for bleeding giant pyloroduodenal ulcers, and increasing cardiovascular failure in 2 patients with suture failure operated for perforated ulcers.

Long-term results were studied in 27 (90.0%) of 30 discharged patients who were examined in stages at least twice: 6-8 months and 2 to 5 years after surgery. When examined 6-8 months after the operation, signs of dumping syndrome were observed in 6 (22.2%) patients: in 4 individuals in a mild degree and in 2 – in a moderate degree of severity. All were resected in the volume of 2/3 of the stomach. Post-vagotomy diarrhea of mild degree occurred in 2 (7.4%) people, they underwent pylorobulbar resection with bilateral truncal vagotomy. Gastrostasis was observed in 3 (11.1%) patients, also after pylorobulbar resection. There are no causes of dumping syndrome in patients after pylorobulbar resection.

In terms of 2 to 5 years, there was a persistent tendency to reduce the number of postoperative complications: dumping syndrome of a mild degree was observed in 4 patients after Hofmeister-Finsterer resection. Post-vagotomy diarrhea and gas-

trostasis phenomena were stopped on the background of medication, and did not occur in the specified period after surgery. None of the individuals examined in the long-term postoperative period had a relapse of the ulcer.

The assessment of the quality of life of patients in the long-term period after surgery was carried out 4.3±0.7 (from 2 to 5 years) years after surgery, and was based on the results of a personal survey using a developed survey map, taking into account the results of instrumental studies conducted in outpatient and inpatient settings. The modified Visick scale [12] was used to evaluate the obtained data. According to this classification, excellent, good, satisfactory and unsatisfactory results were identified:

1. Excellent results: no complaints or symptoms of illness, the person is practically healthy;

2. Good results: the patient is satisfied with the operation, the ability to work is fully preserved, however, a directed survey reveals mild digestive disorders that are easily controlled by the diet;

3. Satisfactory results: mild and moderate digestive disorders that do not have a serious impact on vital activity, but reduce the ability to work, patients need periodic inpatient treatment;

4. Unsatisfactory results: severe disorders that invalidate patients and impair their ability to work. Patients lose weight and need regular treatment, including surgery. This includes all cases of recurrent ulcers and other severe disorders that require repeated operations on the stomach;

All individuals surveyed for 2 to 5 years had excellent (81.4%) and good (18.6%) results (Fig. 1).

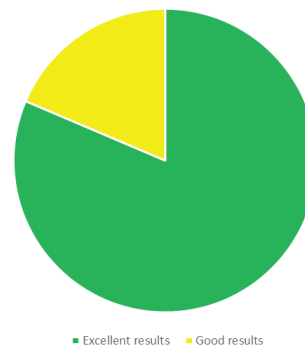


Fig. 1. Assessment of the quality of life of patients in the long term after surgical treatment on the H. Visick scale

These patients, as a rule, did not make complaints, and did not follow a special diet, except for patients with a mild degree of dumping syndrome. The phenomena of dumping were not observed when observing a strict diet consisting in limiting carbohydrates and using food thickeners. No dumping syndrome was observed in patients who underwent pyloroduodenal resection with Billroth-I anastomosis and bilateral truncal vagotomy. There was also no decrease in body weight, gastrostasis, diarrhea, and ulcer recurrence. All operating patients of working age worked in the specialty full-time.

Conclusion. Analysis of available publications on the results of surgical treatment of complicated giant pyloroduodenal ulcers indicates that there is no consensus on the choice of the method of surgery for various complications and their combination, as well as a small number of studies on the comparative evaluation of long-term results of certain interventions [19, 20, 29]. As a rule, the published works discuss the direct results of one, often resection method of surgery in this category of patients. Our work is devoted to evaluating the immediate and long-term results of various resection methods of surgical treatment in patients with perforating and bleeding giant pyloroduodenal ulcers.

We studied the immediate and long-term results of various methods of gastric resection in 35 patients operated at the S. S. Yudin State Medical Center in Moscow from 2000 to 2019. 20 (57.1%) patients were operated on for perforation, and 15 (42.6%) patients underwent surgery for ulcerative bleeding. There were 27 (77.2%) males and 8 (22.8%) females. The average age of patients was 48.3 ± 2.3 years. The diagnosis of peptic ulcer disease was previously made in 24 (68.6%) patients; the duration of the disease was 7.7 ± 2.7 years.

Of the 35 patients, 29 (82.8%) underwent standard gastric resection without vagotomy with Billroth-II anastomosis in various modifications and 6 (17.2%) underwent pylorobulbar resection with Billroth-I anastomosis with bilateral truncal vagotomy.

According to the analysis of the results of surgical interventions, a significant number of early postoperative complications observed in 18 accompanied gastric resection (51.4% of patients): associated with the nature of the operation, 10 and 5 patients had complications from the cardiovascular and respiratory systems.

The most frequent complication due to the nature of surgery was a clinically significant violation of the evacuation function of the stomach stump, which developed in 8 of 35 (22.8%) patients. In 4 patients after pylorobulbar resection, the violation of the evacuation function of the stump was due to its parasympathetic denervation. The remaining 4 patients after standard resection of gastric stasis stump occurred due to maintenance of anastomosis of gastrojejunal anastomosis.

Post-vagotomy diarrhea: observed in 3 out of 6 patients: 1 patient of moderate severity, and 2 patients had a mild degree.

Failure of sutures was observed in 2 out of 35 (5.7%) patients after standard gastric resection: one after resection of Hofmeister-Finsterer and the other after Roux resection.

Complications from the cardiovascular system were observed in 5 (14.3%) patients.

After surgery, 5 (22.7%) patients died: 4 after resection of 2/3 of the stomach and 1 patient after pyloroduodenal resection with truncal vagotomy. All the deceased were operated on urgently: 2 patients for perforation of giant ulcers and 3 patients for continuing profuse bleeding. The causes of death of patients operated on for bleeding were: myocardial infarction in 1 patient, pulmonary embolism in 2 patients. Another

2 patients with duodenal stump suture failure, operated on for perforation of giant ulcers, died from increasing cardiovascular insufficiency.

The analysis of long-term results of surgical interventions showed a persistent decrease in the number of post gastric resection and post-vagotomy disorders (table, diagram), as well as the absence of ulcer recurrence. It should be noted that the phenomena of dumping syndrome observed in patients after standard gastric resection were not severe and were corrected by a lax diet. After pyloroduodenal resection with anastomosis by Billroth-I and truncal vagotomy, manifestations of gastrostasis and diarrhea were stopped in the remote postoperative period.

When assessing the quality of life, there were no unsatisfactory results, all previously operated patients led their usual life, maintained their working capacity, and did not require re-hospitalization.

REFERENCES

1. Castellano, G., et al. The diagnosis of peptic ulcer penetration into the liver by endoscopic biopsy. A report of 2 cases and a review of the literature. // *Revista espanola de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva* 1992; 82(4): 235-238.
2. Chan, Kai Siang, et al. Outcomes of omental patch repair in large or giant perforated peptic ulcer are comparable to gastrectomy. // *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2019; 1-8.
3. Javier, A. et al. Giant duodenal ulcer perforation: a case of innovative repair with an antrum gastric patch. // *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS* 2012; 104(8): 436-439.
4. Lal, Pawanindra, Anubhav Vindal, N. S. Hadke. Controlled tube duodenostomy in the management of giant duodenal ulcer perforation -a new technique for a surgically challenging condition. // *The American Journal of Surgery* 2009; 198(3): 319-323.
5. Lord, R., et al. Giant gastric ulcers: Malignancy yield and predictors from a 10-year retrospective single centre cohort // *United European Gastroenterology Journal* 2018; 6(7): 1000-1006.
6. Mukhopadhyay, Madhumita, et al. Comparative study between omentopexy and omental plugging in treatment of giant peptic perforation. // *Indian Journal of Surgery* 2011; 73(5): 341-345.
7. Nobori, Chihoko, et al. Giant duodenal ulcers after neurosurgery for brainstem tumors that required reoperation for gastric disconnection: a report of two cases. // *BMC Surgery* 2016; 16(1): 75.
8. Peetsalu, Margot, Ülle Kirsimägi, Ants Peetsalu. Giant Prepyloric Ulcer Haemorrhage: Patient Characteristics, Treatment, and Outcome in 2003–2012 // *Ulcers* 2014.
9. Peetsalu, A., Kirsimägi U., Peetsalu M. Methods of emergency surgery in high-risk stigmata peptic ulcer hemorrhage. // *Minerva chirurgica* 2014; 69(3): 177-184.
10. Raju, Gottumukkala Subba, et al. Giant gastric ulcer: its natural history and outcome in the H2RA era. // *The American Journal of Gastroenterology* 1999; 94(12): 3478-3486.
11. Mukhopadhyay, Madhumita, et al. Comparative study between omentopexy and omental plugging in treatment of giant peptic perforation. // *Indian Journal of Surgery* 2011; 73(5): 341-345.

12. Visick, A. Hedley. A study of the failures after gastrectomy. // Annals of the Royal College of Surgeons of England 1948; 3(5): 266-284.
13. Асадов, С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв. // Хирургия 2002; 11: 64-69.
14. Афендулов, С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни. // Хирургия 2006; 5: 26-30.
15. Базаев, А.В., Королев Б.А., Королев А.С. Современные подходы к лечению гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Журнал МедиАль 2013; 3(8).
16. Башняк, В.В. Нарушение кровоснабжения культи двенадцатиперстной кишки и его профилактика. // Вестн. хирургии 1984; 134(6): 33-36.
17. Грубник, В.В., Зайчук А.И., Грубник Ю.В. Хирургическое лечение больных с гигантскими язвами желудка. // Клинич. Хирургия 1992; 8: 6-8.
18. Долгушкин, А. Н. Особенности течения и оперативного лечения больных после зашивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия 1993; 9-10: 20-21.
19. Жанталинова, Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия 2005; 12: 30-32.
20. Жанталинова Н.А., Андреев Г.Н., Султаналиев Т.А. Большие и гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – 2006.
21. Жаров, С.В., Нарезкин Д.В., Романенков С.Н. Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. // Новости хирургии 2012; 20(2).
22. Жигаев, Г.Ф., Кривигина Е.В., Лудупова Е.Ю. К вопросу о хирургическом лечении осложненных пилородуоденальных и дуоденальных язв. // Acta Biomedica Scientifica 2010; 3.
23. Жигаев, Г.Ф., Кривигина Е.В. Стратегия и тактика при пилородуоденальных и дуоденальных язвах. // Acta Biomedica Scientifica 2011; S4.
24. Коморовский, Ю.Т., Башняк В.В. Сравнительная оценка метода продольного ушивания «трудной» культи двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия 1985; 8: 18.
25. Кузин, М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия 2001; 1: 127-32.
26. Курбонов, К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом. // Хирургия 2005; 12: 33-35.
27. Курыгин, А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. СПб.: Питер 2001; 480: 174.
28. Мартиросов, Ю.К. Хирургическое лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечениями. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт 1997; 6: 73-75.
29. Нагиев, Эльданиз Шакир оглы. Выбор способа операции при осложненных гигантских пилородуоденальных язвах: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Нагиев Эльданиз Шакир оглы; [Место защиты: Первый моск. гос. мед. ун-т. им. И.М. Сеченова]. - М.: 2012; 25.
30. Никитин, Н. А. «Трудная» дуоденальная культя в urgentной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Хирургия 2001; 5: 36-39.
31. Репин, В.Н. и др. Хирургическая тактика и результаты лечения гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечениями. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина 2009; 2.
32. Репин В.Н., Возгомент А.О. Оперативное лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечениями: Актуальные аспекты госпитальной хирургии. Ижевск: 2002.
33. Репин, В.Н., и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2010; 3: 27-30.
34. Стойко, Ю. М., и др. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения. // Хирургия 2002; 8: 32-35.
35. Стойко, Ю. М., Ал. Левчук. Лечебная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова 2008; 3(1).
36. Столярчук Е.В., Антонов А.Н., Антонов О.Н., Соколов Р.А., Белых Е.Н., Канадашвили О.В. Осложнение язвы двенадцатиперстной кишки субкомпенсированным стенозом и формированием дуодено-холедохального свища // Московский хирургический журнал 2019; №2 (66): 29-34.
37. Трошин, А.В., Е.В. Фирсов, А.М. Чухраев. Клинико-рентгенологическая диагностика больших и гигантских язв двенадцатиперстной кишки. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт 2001; 11(6): 79-81.
38. Хараберюш, В. А., Кондратенко П. Г. Хирургическое лечение больных с гигантской кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клинич. хир. 1991; 8: 3-7.
39. Шевченко, Ю.Л., А.А. Корзникова, Ю.М. Стойко. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 11 2006: 18-23.

SUMMARY

RESULTS OF RESECTION METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH GIANT PYLORODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY PERFORATION AND BLEEDING

¹Kosenkov A., ¹Stoliarchuk E., ¹Belykh E., ¹Sokolov R., ²Mayorova E., ¹Vinokurov I.

¹Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation;

²Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

We studied the immediate and long-term results of various methods of gastric resection in 35 patients operated at the S.S. Yudin State Medical Center in Moscow from 2000 to 2019.

20 (57.1%) patients were operated on for perforation, and 15 (42.6%) patients underwent surgery for ulcerative bleeding. There were 27 (77.2%) males and 8 (22.8%) females. The aver-

age age of patients was 48.3 ± 2.3 years. The diagnosis of peptic ulcer disease was previously made in 24 (68.6%) patients, the duration of the disease was 7.7 ± 2.7 years. Of the 35 patients, 29 (82.8%) underwent standard gastric resection without vagotomy with Billroth-II anastomosis in various modifications and 6 (17.2%) underwent pylorobulbar resection with Billroth-I anastomosis with bilateral stem vagotomy. According to the analysis of the results of surgical interventions, gastric resection was accompanied by a significant number of early postoperative complications observed in 18 (51.4% of patients): associated with the nature of the operation, 10 and 5 patients had complications from the cardiovascular and respiratory systems. The most frequent complication due to the nature of surgery was a clinically significant violation of the evacuation function of the stomach stump, which developed in 8 of 35 (22.8%) patients. In 4 patients after pylorobulbar resection, the violation of the evacuation function of the stump was due to its parasympathetic denervation. The remaining 4 patients after standard resection of gastric stasis stump occurred due to maintenance of anastomosis of gastrojejunal anastomosis. Post-vagotomic diarrhea: observed in 3 of 6 patients: 1 patient of moderate severity, and 2 patients-mild. Failure of sutures was observed in 2 out of 35 (5.7%) patients after standard gastric resection: one after resection of Hofmeister Finsterer and the other after resection for PY.

Complications from the cardiovascular system were observed in 5 (14.3%) patients. After surgery, 5 (22.7%) patients died: 4 after resection of 2/3 of the stomach and 1 patient after pyloroduodenal resection with stem vagotomy. All the deceased were operated on urgently: 2 patients for perforation of giant ulcers and 3 patients for continuing profuse bleeding. The causes of death of patients operated on for bleeding were: myocardial infarction in 1 patient, pulmonary embolism in 2 patients. Another 2 patients with failure of duodenal stump sutures, operated on for perforation of giant ulcers, died from increasing cardiovascular insufficiency. The analysis of long-term results of surgical interventions showed a steady decrease in the number of post gastric resection and post-vagotomic disorders, as well as the absence of ulcer recurrence. It should be noted that the phenomena of dumping syndrome observed in patients after standard gastric resection were not severe and were corrected by a lax diet. After piloroduodenal resection with anastomosis by Billroth-I and stem vagotomy, manifestations of gastrostasis and diarrhea were stopped in the remote postoperative period. When assessing the quality of life, there were no unsatisfactory results, all previously operated patients led their usual lifestyle, maintained their working capacity, and did not require re-hospitalization.

Keywords: giant ulcers, gastric resection, gastric ulcer, vagotomy, peptic ulcer.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРФОРАЦИЕЙ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ

¹Косенков А.Н., ¹Столярчук Е.В., ¹Белых Е.Н.,
¹Соколов Р.А., ²Майорова Е.М., ¹Винокуров И.А.

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва;

²Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины
Федерального Медико-биологического Агентства, Москва, Российская Федерация

Изучены ближайшие и отдаленные результаты различных способов резекции желудка у 35 больных, оперированных в ГКБ им. С.С. Юдина г. Москвы с 2000 по 2019 г. По поводу перфорации оперированы 20 (57,1%) больных, 15 (42,6%) больным оперативные вмешательства выполнены в связи с язвенным кровотечением. Мужчин было 27 (77,2%), женщин - 8 (22,8%). Средний возраст больных составил $48,3 \pm 2,3$ лет. Диагноз язвенной болезни ранее был поставлен 24 (68,6%) больным, длительность заболевания составила $7,7 \pm 2,7$ лет. Из 35 больных у 29 (82,8%) выполнена стандартная резекция желудка без ваготомии с анастомозом по Бильрот-II в различных модификациях, у 6 (17,2%) - осуществлена пилоробульбарная резекция с анастомозом по Бильрот-I с двусторонней стволовой ваготомией. Как показал анализ результатов оперативных вмешательств, резекция желудка сопровождалась значительным числом ранних послеоперационных осложнений, наблюдавшихся у 18 (51,4%) больных: связанные с характером операции - у 10, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхательной систем - у 5 больных. Наиболее частым осложнением, обусловленным характером оперативного вмешательства, явилось клинически значимое нарушение эвакуаторной функции культи желудка, развившееся у 8 (22,8%) из 35 больных. У 4 больных после пилоробульбар-

ной резекции нарушение эвакуаторной функции культи обусловлено её парасимпатической денервацией. У остальных 4 больных после стандартной резекции желудка стаз культи возник вследствие анастомозита гастроэюнального соустья. Постваготомическая диарея наблюдалась у 3 из 6 больных: у 1 больного средней степени тяжести, у 2 - легкой степени. Несостоятельность швов отмечена у 2 (5,7%) из 35 больных после стандартной резекции желудка: у одного после резекции по Гофмейгер-Финстереру и у другого - после резекции по Ру. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 5 (14,3%) больных. После операции умерли 5 (22,7%) больных: 4 после резекции 2/3 желудка и 1 больная после пилорoduodenальной резекции со стволовой ваготомией. Все умершие оперированы экстренно: 2 больных по поводу перфорации гигантских язв, 3 - по поводу продолжающегося профузного кровотечения. Причинами смерти больных, оперированных по поводу кровотечения, явились: инфаркт миокарда - у 1 больного, тромбоэмболия лёгочной артерии - у 2 больных. Еще 2 больных с несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки, оперированных по поводу перфорации гигантских язв, скончались от нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств продемон-

стрировал стойкое снижение количества постгастрорезекционных и постваготомических расстройств, а также отсутствие рецидива язвы. Следует отметить, что явления демпинг-синдрома, наблюдавшиеся у больных после стандартной резекции желудка, были нетяжелыми и корригировались нестрогой диетой. После пилородуоденальной резекции с анастомозом по Бильрот-I и

стволовой ваготомии, в отдалённом послеоперационном периоде были купированы проявления гастростаза и диареи. При оценке качества жизни неудовлетворительных результатов не отмечено, все оперированные ранее больные вели привычный для них образ жизни, сохраняли трудоспособность и не требовали повторной госпитализации.

რეზიუმე

პერფორაციით და სისხლდენით გართულებული გიგანტური პილოროდუოდენური წყლულების რეზექციული მეთოდებით მკურნალობის შედეგები

¹აკოსენკოვი, ¹ე.სტოლიარჩუკი, ¹ე.ბელიხი, ¹რ.სოკოლოვი, ²ე.მაიოროვა, ¹ი.ვინოკუროვი

¹მოსკოვის ი.სენჩენოვის სახ. პირველი სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი (სენჩენოვის უნივერსიტეტი); ²ფედერალური სამედიცინო-ბიოლოგიური სააგენტოს ფიზიკო-ქიმიური მედიცინის ფედერალური სამეცნიერო-კლინიკური ცენტრი, მოსკოვი, რუსეთის ფედერაცია

შესწავლილია სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით ჩატარებული კუჭის რეზექციის ახლო და შორეული შედეგები 35 პაციენტში. პაციენტები ოპერირებულნი იყვნენ ქ. მოსკოვის ს.იუდინის სახელობის საავადმყოფოში 2000-2019 წწ. პერფორაციის გამო ოპერირებული იყო 20 (57,1%) პაციენტი, 15 (42,6%) კი - წყლულოვანი სისხლდენის გამო; მამაკაცი იყო 27 (77,2%), ქალი - 8 (22,8%), საშუალო ასაკი - 48,3±2,3 წ. წყლულოვანი დაავადება დიაგნოსტირებულია 24 (68,6%) პაციენტთან, დაავადების ხანგრძლივობამ შეადგინა 7,7±2,7 წელი. 35 პაციენტიდან 29-ს (82,8%) ჩაუტარდა კუჭის სტანდარტული რეზექცია ვაგოტომიის გარეშე, ანასტომოზით, ბილროთ-II-ის მიხედვით, სხვადასხვა მოდიფიკაციით; 6 (17,2%) პაციენტს ჩაუტარდა პილორობუღბარული რეზექცია ანასტომოზით ბილროთ-I-ის მიხედვით, ორმხრივი ღეროვანი ვაგოტომიით.

ოპერაციული ჩარევების შედეგების ანალიზით ირკვევა, რომ 18 (51,4%) პაციენტში კუჭის რეზექციას თან ახლდა ადრეული პოსტოპერაციული გართულებების მნიშვნელოვანი რაოდენობა: ოპერაციის ხასიათთან დაკავშირებული - 10-ს, 5-ს კი - გართულებები გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების მხრივ. 4 პაციენტის შემთხვევაში პილორობუღბარული რეზექციის შემდეგ ევაკუაციური ფუნქციის დაქვეითება პირობადებული იყო მისი პარასიმპათიკური დენერვაციით. 4 პაციენტში კუჭის სტანდარტული რეზექციის შემდეგ ტაკვის სტაზი განვითარდა გასტროეინური შესართავის ანასტომოზიტის გამო. პოსტვაგოტომიური დიარეა აღინიშნა 3 პაციენტში 6-დან: ერთს - საშუალო სიმძიმის, 2-ს - მსუბუქი ხარისხის. ნაკერების უკმარისობა კუჭის სტანდარტული რეზექციის შემდეგ აღინიშნა 2 პაციენტს 35-დან (5,7%):

ერთს - რეზექციის შემდეგ გოფმესტერ-ფინსტერის მიხედვით, მეორეს - რეზექციის შემდეგ რუს მიხედვით. გართულებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ აღინიშნა 5 (14,3%) პაციენტთან. ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 5 (22,7%) პაციენტი: 4 - კუჭის 2/3-ის რეზექციის შემდეგ, 1 - პილოროდუოდენური რეზექციის შემდეგ ღეროვანი ვაგოტომიით. ყველა გარდაცვლილი ნაოპერაციები იყო გადაუდებლად: 2 - გიგანტური წყლულის პერფორაციის გამო, 3 - პროფუზული სისხლდენის გამო, მათგან 1-ის სიკვდილის მიზეზი იყო მიოკარდიუმის ინფარქტი, 2-ის - ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია. გიგანტური წყლულის პერფორაციის გამო ნაოპერაციები კიდევ ორი პაციენტი გარდაიცვალა მზარდი გულ-სისხლძარღვოვანი უკმარისობის გამო.

ოპერაციული ჩარევების შორეული შედეგების ანალიზით გამოვლინდა პოსტგასტრორეზექციული და პოსტვაგოტომიური დარღვევების რაოდენობის მყარი დაქვეითება, ასევე, წყლულის რეციდივების არარსებობა. აღსანიშნავია, რომ დემპინგ-სინდრომის მოვლენები პაციენტებში კუჭის სტანდარტული რეზექციის შემდეგ არ იყო მძიმე და კორევირდებოდა არამკაცრი დიეტით. პილოროდუოდენური რეზექციის შემდეგ ანასტომოზით ბილროთ-I-ით და ღეროვანი ვაგოტომიით შორეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში კუპირებულ იქნა გასტროსტაზის და დიარეის გამოვლინებები. სიცოცხლის ხარისხის შეფასების თვალსაზრისით არადაამაკყოფილებელი შედეგები არ აღინიშნა; ყველა ნაოპერაციევი პირი აგრძელებდა ცხოვრების ჩვეულ წესს, ინარჩუნებდა შრომისუნარიანობას და არ საჭიროებდა განმეორებით პოს-პიტალიზაციას.